

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 février 1908, à 1 heure

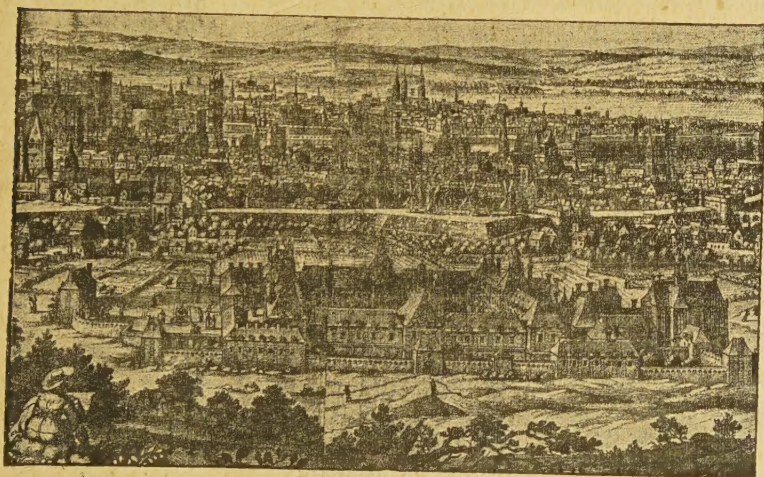
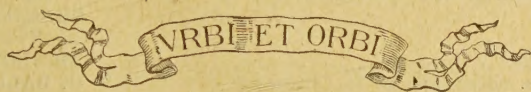
Par **René LE MARCHAND**

Né à Loudéac le 11 novembre 1883

ÉTUDE SUR LES FORMES LOCALISÉES

DE LA

DERMATITE POLYMORPHE DOULOUREUSE



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Président : M. GAUCHER, professeur.

Juges : { MM. ROGER, professeur.
LEGRY et LOEPER, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen			M. LANDOUZY
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			Ch. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			BOUCHARD.
Pathologie médicale			DEJERINE.
Pathologie chirurgicale			BRISSAUD.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			PIERRE MARIE.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			QUENU.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			G. BALLET
Clinique médicale.			ROGER.
Maladies des enfants			HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.			LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.			HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.			JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.			GAUCHER.
Clinique d'accouchements			RAYMOND.
Clinique gynécologique			LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile			BERGER.
Clinique thérapeutique			RECLUS.
Agrégés en exercice.			SEGOND.
MM.			Dr LAPERSONNE
▲UVRAY	GUNEO	LAUNOIS	ALBARRAN.
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	PINARD.
BRANCA	DEGREZ	LEGRY	BAR.
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	POZZI.
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	KIRMISSON.
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	A. ROBIN.
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
			NOBECOURT
			OMBREDANNE
			POTOCKI
			PROUST
			RENON
			RICHAUD
			RIEFFEL (che
			des trav. anat.
			SICARD
			ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES ANCIENS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE RENNES

A MON PÈRE. A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES

ET SYPHILITIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

M. le Dr BODIN ayant eu dans son service plusieurs malades atteints de dermatites polymorphes douloureuses, à lésions circonscrites, nous faisait remarquer combien ces cas pouvaient être embarrassants dans la pratique, et nous engageait à en faire l'étude. Ce fut là l'origine de ce travail.

Nous avons divisé cette monographie en cinq chapitres distincts :

Dans le premier, nous ferons l'historique de la dermatite, et donnerons un aperçu des discussions qu'elle a engendrées.

La seconde partie sera consacrée à la description de notre type particulier.

Le troisième chapitre contiendra les observations.

Le quatrième sera réservé au diagnostic différentiel.

Et dans la dernière partie nous exposerons nos conclusions.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer à nos anciens maîtres de l'Ecole de Rennes, notre gra-

titude pour la bienveillance avec laquelle ils mirent leur savoir à notre disposition.

MM. BERTHEUX et DAYOT voudront bien accepter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance. Par les conseils si éclairés et si autorisés, qu'ils ne cessèrent de nous prodiguer, ils s'efforcèrent d'aplanir les difficultés de nos premières années d'étude. Leur souvenir restera à jamais gravé dans notre mémoire.

Grâce à l'amabilité de M. le professeur BODIN, grâce aussi à sa haute compétence, que nous avons mises largement à contribution, nous avons pu réunir les éléments de cette thèse, nous tenons à l'en remercier tout spécialement.

Que MM. BRUTÉ, VÉRON, HARDOUIN, ASSICOT veuillent bien aussi accepter nos vifs remerciements pour l'accueil bienveillant qu'ils surent nous réserver en toute occasion.

Nous assurons enfin de notre filiale reconnaissance notre père le D^r LE MARCHAND qui fut et restera pour nous, longtemps je l'espère, un modèle d'abnégation et de dévouement. Nous ne saurions aller puiser ailleurs de meilleurs exemples pour notre pratique médicale.

Que M. le professeur GAUCHER reçoive l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si nous voulions faire l'historique complet de la dermatite de Duhring, il faudrait commencer par faire celui des pemphigus et remonter très loin dans l'histoire, car sous ce nom étaient confondues toutes les dermatoses bulleuses. Ce n'est ni notre but, ni notre intention, mais nous ne pouvons faire une étude de la dermatite polymorphe douloureuse, sans dire un mot des principaux travaux qu'elle a engendrés et des discussions qu'elle a suscitées.

Dès 1847, Cazenave faisait remarquer l'aspect herpétique qui présidait au mode de groupement des lésions dans le pemphigus pruriginosus et treize ans plus tard, ce furent Gibert et Milton qui étudièrent l'herpès gestationis.

En 1873, les frères Fox discutèrent les idées de Bazin, et ce fut le point de départ de nombreux travaux anglais et américains, de Radecliffe Crocker et de G.-T. Elliot.

Dans une communication publiée dans les *Archives of Dermatology* de 1880, Colcott Fox faisait remarquer que son frère avait connu et décrit les principaux caractères de cette affection. De là à vouloir lui en attribuer la première conception, il n'y avait qu'un pas à franchir, c'est ce qui eut lieu.

Cependant, si nous remontons à 1868, nous verrons que Bazin dans ses *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, avait magistralement décrit cette dermatose et de nombreux cas qu'il rangeait dans son hydroa bulleux ou arthritides bulleuses, seraient maintenant classés dans notre groupe.

Pour avoir une idée générale de cette affection, il faut arriver jusqu'en 1884, époque à laquelle Duhring fit paraître un important mémoire sur sa *Dermatitis herpetiformis* et pour appuyer sa conception, il publiait une observation dans le *Philadelphia Medical Times* de la même année. Pour lui, les lésions sont essentiellement caractérisées par des plaques érythémateuses, des vésicules herpétiques aplaties ou surélevées et plus ou moins groupées, des bulles semblables aux vésicules, des pustules plates ou acuminées, des papules ou des vésico-papules plus ou moins volumineuses. Accompagnées d'un prurit violent, elles ont une tendance à revêtir un aspect herpétique, mais le caractère le plus remarquable est leur protéiformité : « Cette affection est surtout caractérisée par une disposition spéciale des lésions éruptives à laquelle il attribue l'épithète d'herpétiforme. Cette herpétiformité sans la-

quelle, d'après lui, la maladie ne peut exister, semble pouvoir être parfois une disposition des lésions en anneaux, en cercles en circinations, un groupe vésiculeux ou un simple groupement par amas irréguliers, disséminés çà et là. Elle est d'ordinaire prurigineuse, et a une tendance marquée aux rechutes et récidives (1). »

Depuis, le savant professeur américain fit paraître une série d'articles, et en 1887 il insista à nouveau sur la multiformité des éléments éruptifs dans une ou plusieurs poussées, et sur la réunion des éléments primitifs et des lésions secondaires qui est pour lui le véritable caractère pathognomonique de l'affection.

Cette conception de Duhring était beaucoup trop vaste, et ne donnait pas de limites assez précises : Robinson, Stephen Mackensie, Malcomm Moriss confondaient l'impétigo herpétiforme, l'hydroa et la dermatite. Radcliffe Crocker, l'année suivante en 1886, soutenait que l'hydroa et la dermatite n'étaient qu'une seule maladie dont les symptômes étaient plus accentués dans cette dernière. A la même époque, Duhring faisait rentrer l'herpès gestationis dans la variété vésiculeuse, et certains cas de pemphigus dans la variété vésiculeuse et bulleuse.

En 1887, Bulkley approfondit les idées du dermatologiste américain, et « croit que la dermatose de Duhring n'est pas une maladie bien distincte avec symptômes pathognomoniques et causes bien nettes sur lesquelles on puisse baser une description légitime et un traitement. Ce n'est pas en les groupant sous un seul et même

1. BROCCQ. *Pratique Dermatologique*, p. 654,

nom, qu'on arrivera à mieux connaître la nature, la cause et le traitement de ces cas.

« Le mot dermatitis est des plus vagues, et peut servir à désigner une quantité d'éruptions et le mot herpétiforme pour lui n'est pas suffisant pour caractériser l'affection. »

Kaposi et l'école de Vienne n'admettent pas l'existence de cette dermatite qui rentre dans les affections déjà étudiées. « Tous les faits décrits sous le nom de dermatite herpétiforme correspondent soit au pemphigus vulgaire, soit à l'érythème polymorphe de Hébra, soit aux urticaires chroniques ; toutes ces affections fort bien décrites et catégorisées sous ces noms, il n'y a aucun avantage à les ranger dans un nouveau groupe : celui de la dermatite herpétiforme qui est plus vague que les anciens, et dont la création n'a fait que jeter la confusion dans les esprits ; en particulier l'ancien pemphigus vulgaire chronique de l'école de Vienne, offre la même physionomie générale que la dermatite herpétiforme de Duhring, il n'y a donc pas lieu de créer une dénomination nouvelle (1). »

A cette théorie se rattache M. Gaucher, qui, dans son *Traité des maladies de la peau* en 1895, fait de la dermatite herpétiforme une forme bénigne du pemphigus chronique bulleux : « Je ne demande pas mieux, dit-il, que d'accepter cette nouvelle dénomination, mais il faut que vous sachiez bien que c'est seulement un mot nouveau, et non une maladie nouvelle. M. Duhring

1. BROCCQ. *Pratique Dermatologique*, page 654.

a néanmoins le mérite d'avoir mieux déterminé que ses devanciers les caractères du pemphigus prurigineux. »

Ce fut en 1888 que M. Brocq, après avoir longuement étudié les idées de Duhring, donna une autre conception de cette dermatose, qui, à l'heure actuelle, semble être le plus généralement admise. Tout d'abord, il rejette du cadre de cette maladie, l'impétigo herpétiforme, l'herpès gestationis, l'herpès sous toutes ses formes, ainsi que la plupart des pemphigus. Nous faisons remarquer toutefois ici que certains pemphigus rentrent dans la dermatite de Duhring, et en particulier le pemphigus pruriginosus qui lui est en quelque sorte synonyme. Nous savons également que Duhring en 1889 se rangea à l'avis de M. Brocq pour l'impétigo herpétiforme. Puis à la dénomination un peu vague de dermatite herpétiforme, il substitua celle un peu longue mais plus précise de « dermatite polymorphe, prurigineuse, chronique à poussées successives ». Peu de temps après, il changera ce nom d'attente en celui de dermatite polymorphe douloureuse. Pour lui, c'est une affection essentiellement caractérisée par :

Des phénomènes douloureux d'intensité variable ;

Des éruptions polymorphes érythémateuses, vésiculeuses ou bulleuses, parfois même herpétiformes ;

Une évolution par poussées successives ;

Une conservation d'un bon état général.

Brocq a marqué les limites d'une manière plus précise, a rejeté certaines variétés admises par Duhring, et d'autre part étendu le cadre de la maladie. « Nous

différons donc totalement de Kaposi, en ce que nous trouvons un avantage appréciable à grouper ensemble des faits de même physionomie générale qui étaient disséminés dans le pemphigus vulgaire et dans les érythèmes polymorphes. Nous nous séparons de Duhring, en ce sens que pour nous, le caractère objectif le plus important de ce groupe est la multiformité ou le polymorphisme et non l'herpétiformité. Si l'on ne fait rentrer dans ce groupe morbide que les seules affections dans lesquelles il y a vraiment herpétiformité, on le circonscrit beaucoup trop ; si on n'y fait rentrer que celles dans lesquelles on observe des lésions groupées, on prend pour critérium un symptôme banal et des plus difficiles à apprécier. Nous repoussons donc résolument pour notre groupe les dénominations de dermatite herpétiforme, de maladie de Duhring, qui renferment des causes de confusion, et laissent hors de notre cadre des cas de pemphigus, au sens viennois du mot, qui doivent y rentrer. Mais nous proclamons bien hautement que notre groupe renferme toute la dermatite herpétiforme de Duhring, sauf l'impétigo herpétiforme du moins jusqu'à plus ample informé ; nous reconnaissons même que les faits vraiment dignes au point de vue objectif du nom de dermatite herpétiforme peuvent être considérés comme étant les types les plus parfaits de cette si intéressante famille nosologique (1). »

1. Brocq, *Pratique Dermatologique*, p. 655.

Depuis cette époque, il a paru d'importants travaux, et de nombreuses thèses sur ce sujet.

Aux congrès de Paris et de Graz de 1889 et de 1895, on a repris la discussion de ces idées, ce qui amena les mémoires d'Ittmann, de Ledermann et de Tommasoli.

Puis ce fut Unna qui, dans *Monatshefte für praktische Dermatologie*, trouvait que les quatre grands symptômes signalés par Brocq n'avaient pas la même importance. Tout d'abord venait la récidivité, puis le prurit, le polymorphisme et enfin la conservation du bon état général. Au mot dermatite, il préfère celui d'hydroa et décrit un nouveau sous-groupe : l'hydroa puerorum.

En 1892, MM. Ittmann et Ledermann se rattachent à la manière de voir de M. Brocq, repoussant l'opinion de Kaposi qui rejette la dermatite en tant que maladie spéciale, et trouvant trop restreint le type établi par Duhring. « Ils croient cependant qu'une seule et unique attaque à évolution d'ailleurs cliniquement identique à la dermatose de Duhring, suffit à caractériser le tableau morbide tout entier. »

A la Société de Dermatologie de Londres, six ans plus tard, les auteurs anglais revinrent encore sur le grand caractère de la dermatite qui, pour eux, était l'herpétiformité. M. Brocq fit à nouveau remarquer que les phénomènes douloureux ont une importance capitale et sont toujours constants, et n'accepte pas l'herpétiformité au sens où l'entendent les Anglais.

« Il y a des formes qui sont caractérisées par ce fait que les bulles, les vésicules se produisent constamment

en certaines régions circonscrites, bien limitées, toujours les mêmes, qui parfois peuvent arriver à prendre un aspect cicatriciel avec kystes épidermiques, tant les éruptions se sont longtemps succédé sur ces mêmes surfaces, ce sont nos variétés circonscrites.

Tels sont les faits, les seuls dans lesquels on peut invoquer l'herpétiformité, comme étant un symptôme subjectif d'une importance aussi grande, peut-être plus grande que le polymorphisme, mais ce ne sont que d'assez rares exceptions (1). »

Comme nous le verrons tout à l'heure, M. Brocq est un des seuls dermatologistes à s'être occupé de la forme localisée, et encore a-t-il peu insisté sur cette variété. A part les quelques observations que nous relatons plus loin, nous n'avons trouvé que peu de travaux concernant cette dermatite, dans la littérature médicale.

Cependant dès 1883, Duhring prévoyait un groupe spécial qu'il appelait dermatite herpétiforme circonscrite. Sa conception d'alors diffère beaucoup de celle que nous avons aujourd'hui, mais il avait cependant entrevu les principaux caractères. Aussi pour terminer, reproduirons-nous *in extenso* le chapitre qu'il faisait paraître à cette époque dans son *Traité des maladies de la peau*.

« Neumann, dans la troisième édition de son ouvrage sur les maladies de la peau, décrit une affection qu'il considère comme une variété d'herpès ; il en a rencontré cinq exemples, et il leur donne le nom d'herpès

1. *Annales de Dermatologie*, 1898, page 951.

chronique ; depuis, il a observé quatre nouveaux cas, il en donne la description suivante : l'affection débute par des papules de la grosseur d'un grain de chènevis, rouge pâle, avec un point blanc bleuâtre au centre, qui s'étendent par la périphérie.

« Cette marche extensive et cette tendance excentrique ont, au bout de plusieurs mois, pour résultat d'agrandir considérablement les dimensions de la plaque primitive. Les points bleuâtres, qui plus tard deviennent blanchâtres, sont caractéristiques ; ils marquent le développement de l'affection, et accentuent la saillie et la netteté des bords. Au centre, la plaque est aplatie et uniformément rouge. L'éruption est parfois discrète, d'autres fois elle est confluyente ; elle a une forme serpentineuse, tortueuse ; quelquefois le centre est lui-même aussi le siège de points bleuâtres, mais le plus souvent il devient érythémateux et squameux. Les points bleus, irisés, ressemblent à des vésicules d'eczéma palmaire ; à mesure que la maladie fait des progrès, les squames augmentent, et se réunissent çà et là en si grande abondance qu'elles constituent des plaques épaisses, dures, brunâtres, très adhérentes à la peau, et quand on les enlève, elles laissent voir une surface épaissie, infiltrée et excoriée ; cette dernière variété se rencontre rarement au tronc. Au bout de plusieurs mois l'infiltration diminue, laissant une plaque déprimée et brun noirâtre. Cette affection peut durer pendant des années, de nouvelles taches apparaissent de temps à autres. Les démangeaisons sont un des symptômes les plus marquants. Sur neuf observations de Neumann,

huit on été prises sur des hommes, une sur une femme ; le plus âgé avait 57 ans, le plus jeune 32, dans tous les cas la face, le cou, la tête restèrent indemnes...

« Le traitement consistait à frotter la peau avec une forte solution alcoolique de savon de potasse, et à l'enduire ensuite de goudron. Tous les cas ont guéri; dans aucun il n'y a eu de récurrence. »

CHAPITRE II

DESCRIPTION DE CE TYPE PARTICULIER

Nous rapportant aux descriptions si claires de M. Brocq, nous savons ce que nous devons entendre par dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives. Dans sa forme typique, le diagnostic s'impose, mais il n'en sera plus de même, si nous avons affaire à des cas un peu spéciaux qui au premier abord ne semblent pas se rattacher à cette dermatose ; cependant leur étude un peu approfondie nous montre qu'ils en forment bien une variété, et qu'ils doivent trouver place dans ce groupe. De cette dermatite localisée, nous avons réuni plusieurs observations que nous publierons au chapitre suivant, mais auparavant nous allons en donner la description : énumérant rapidement les caractères communs avec les formes généralisées, insistant au contraire sur les symptômes qui lui sont particuliers.

Nous rencontrons cette affection chez les enfants,

chez les hommes, chez les femmes ; ces dernières seraient peut-être plus fréquemment atteintes. Chez tous nous trouvons des antécédents nerveux bien nets.

La pathogénie n'est pas élucidée, et actuellement encore les opinions sont très divergentes.

Nous ne nous arrêterons pas à l'idée d'un microbe pathogène : l'éruption ni contagieuse, ni inoculable, les poussées successives irrégulières ne sont guère en sa faveur. En outre une expérience très intéressante de M. Triboulet a montré que si les bulles étaient protégées des microbes de l'air, leur contenu était et restait complètement aseptique.

La théorie qui à l'heure actuelle semble le plus généralement admise est celle qui consiste à faire jouer un rôle important à l'auto-intoxication. Des toxines mal éliminées agiraient sur la peau par l'intermédiaire du système nerveux. Les partisans de cette idée s'appuient surtout sur les modifications dans la composition des urines.

MM. Leredde et Hallopeau en font une maladie sanguine : les agents toxiques feraient porter leur action nuisible sur la moelle osseuse. Telle est également l'opinion de M. Doyon : « Dans la maladie de Duhring, dit-il, la présence régulière d'une altération du sang suffit pour rejeter la théorie d'une origine nerveuse de cette affection ; c'est une hémato dermite, mais jusqu'à présent on ignore la cause de la maladie du sang. »

Pour d'autres, le système nerveux est le grand producteur de l'affection. Comment est-il mis en mouvement ; on l'ignore, mais ce qui est certain, c'est que

l'éruption est presque toujours précédée de manifestations névralgiques de la peau.

Les observations que nous avons recueillies donnent à cette dernière conception une grande valeur, car pour tous nos malades, nous avons trouvé soit chez eux, soit chez leurs parents, des manifestations nerveuses très importantes. Comme nous le verrons tout à l'heure, nous laissons cependant une bonne place à la théorie de l'auto-intoxication.

L'anatomie pathologique n'a ici rien de spécial. Leredde, Perrin et Gilchrist ont admirablement étudié les lésions du derme, la diapédèse, l'œdème et la formation des bulles aux dépens de la couche sous-épidermique du corps papillaire. Nous voulons cependant attirer tout particulièrement l'attention sur les altérations sanguines.

« Dans les cas types de dermatose de Duhring, dit M. Hallopeau, l'éosinophilie est constante : sur 100 leucocytes, on trouve habituellement 8 à 15 éosinophiles. mais ce chiffre peut s'élever à 20 et même 30 ou 40 0.0.

La valeur de l'éosinophilie est confirmée par ce fait que dans les périodes où les lésions cutanées de la maladie disparaissent, elle peut disparaître également. Elle évolue presque toujours parallèlement aux lésions cutanées. En général, les phénomènes éruptifs sont d'autant plus intenses qu'elle est plus prononcée. »

La présence de ces leucocytes dans le sang ne suffit pas à M. Leredde, qui veut en outre la coexistence des cellules éosinophiles dans les bulles.

Dans les observations où l'analyse du sang a été

faite, nous avons eu les résultats suivants : 9, 4, 2, 6, 7 0/0 d'éosinophiles. Il y a donc une augmentation numérique assez notable, qui n'atteint cependant pas les chiffres fixés par M. Hallopeau. Nous nous demandons alors s'il n'y a pas parallélisme entre l'intensité des phénomènes éruptifs et l'éosinophilie, et si l'intoxication ne serait pas moindre ici que dans les formes généralisées ?

Pour l'étude des symptômes, nous suivrons le plan adopté par M. Brocq dans sa *Pratique Dermatologique*. Nous verrons successivement : l'aspect général de l'éruption ; les lésions primitives, les lésions secondaires, les symptômes généraux, et enfin les localisations.

Le prurit est le premier symptôme qui apparaît généralement en même temps que les phénomènes éruptifs mais parfois il les précède. Il est assez souvent remplacé par une sensation de cuisson, de brûlure, généralisée ou localisée à l'endroit ultérieurement atteint.

Vient ensuite l'éruption qui sera tantôt érythémateuse, vésiculeuse ou bulleuse, tantôt pustuleuse. Elle se fera par poussées successives ; chacune d'elles pourra avoir une forme éruptive spéciale, mais sera le plus souvent polymorphe. Nous ferons cependant remarquer qu'ici les lésions ont un aspect plus herpétique que dans la forme généralisée, et que le polymorphisme n'est que relatif, l'éruption étant presque toujours du type érythémato-vésiculo-bulleux.

Les lésions primitives sont des plaques érythémateuses plus ou moins étendues, plus ou moins saillantes, plus ou moins colorées ; elles existent seules ou surmon-

tées de petites vésicules. Celles-ci, d'un volume variable, sont peu tendues, flasques, contenant un liquide transparent ou légèrement citrin ; groupées ou disséminées, elles se réunissent parfois pour former de véritables bulles. Plus volumineuses que les vésicules, elles ressemblent à de petites phlyctènes, dont le volume varie de celui d'un petit pois à celui d'un œuf de pigeon et parfois même atteint des dimensions beaucoup plus considérables. Elles reposent sur une peau saine ou érythémateuse, et comme les vésicules, contiennent un liquide séreux, séro-purulent, purulent ou même hémorragique. Les bulles peuvent subir la transformation pustuleuse, mais le fait est plutôt rare.

Le plus souvent elles crèvent, et laissent à leur suite une croûte jaune brunâtre au-dessous de laquelle on trouve un derme rouge et suintant. L'on rencontre également des lésions de grattage, et souvent la peau subit une desquamation foliacée, lamelleuse ; ces squames dures et sèches reposent sur une base rouge et luisante.

Comme nous avons vu dans l'anatomie pathologique, les lésions du derme sont excessivement superficielles et disparaissent complètement. Mais si les phénomènes éruptifs se reproduisent toujours aux mêmes endroits, il arrivera que cet épiderme irrité réagira, et à la suite de ces éruptions répétées, il restera des traces. « Les cicatrices et taches maculeuses, si rares dans l'herpétique vraie, par suite de la superficialité du processus éruptif, peuvent se produire dans certaines formes circonscrites. Les téguments prennent dans ce cas un aspect

lisse, luisant, sont parsemés de kystes épidermiques, et à la région du cuir chevelu, présentent un degré plus ou moins complet d'alopecie (1). »

Ces traces ne sont parfois qu'une pigmentation brune amenant une sorte de mélanodermie. A cet endroit, la peau est plus épaisse, plus brillante, parcourue de stries luisantes, et présente un certain degré de lichénification. Dans une observation, nous verrons qu'après les croûtes, nous avons eu une cicatrice blanche, lisse, peu saillante, et visible seulement quand on tendait la peau du front pour en effacer les plis. Mais c'est là plutôt une exception, car dans nos autres observations et en particulier dans l'observation VIII où les éruptions se sont toujours localisées à la main, les lésions ont disparu sans laisser la moindre trace.

Les phénomènes douloureux existent toujours et revêtent une importance capitale : ce sont des démangeaisons, des sensations de brûlures, de piqûres et même de morsures, parfois assez intenses, pour rendre tout sommeil impossible. Malgré ces douleurs, nous avons cependant la conservation d'un bon état général ; à la longue, l'insomnie, l'infection secondaire des plaies, la neurasthénie peuvent conduire le malade à une terminaison fatale qui sera due le plus souvent à une affection intercurrente. Au moment des poussées, il y a quelquefois un léger mouvement fébrile ; ce n'est pas l'ordinaire, car c'est sans aucun état général que l'on voit évoluer la maladie. Elle procède par poussées succes-

1. Brocq. *Traité de Dermatologie*, page 177.

sives, avec période de calme relatif, puis sous l'influence d'une émotion un peu vive, d'un changement de température, d'une alimentation un peu spéciale, d'un médicament, ou même sans aucune cause appréciable, survient une nouvelle éruption. Celle-ci sera constituée par une grande poussée qui durera plusieurs semaines ou même plusieurs mois, mais n'aura pas toujours la même intensité ; il y aura en effet des accalmies auxquelles succéderont des poussées secondaires.

Ces éruptions s'espacent peu à peu, et arrivent avec une désespérante lenteur à disparaître complètement, mais il faut bien se rappeler que si le pronostic *Quoad vitam* est bon, la maladie très souvent incurable peut amener ces malheureux à des idées de suicide.

La circonscription des lésions affectera peut-être moins l'esprit des malades ; l'intoxication sera peut-être atténuée, mais la durée de la maladie ne sera pas abrégée, et le même processus présidera à son évolution.

Dans la dermatite de Dühring, nous avons toujours une hypoazoturie très accentuée ; l'élimination de l'urée peut descendre à 10 grammes par jour, ce qui est une conséquence de l'affaiblissement de l'organisme. Dans les formes localisées, l'examen des urines nous a également révélé une hypoazoturie très nette mais pas aussi manifeste que dans les formes généralisées, car chez nos divers malades, nous avons trouvé : 6 grammes, 22 gr. 50, 28 grammes, 11 grammes d'urée en vingt-quatre heures.

Les régions le plus souvent indemnes sont la paume

des mains, la plante des pieds, le visage, et le cuir chevelu, or nous verrons que dans nos observations, ce sont ces endroits qui sont le plus souvent atteints. Ne pourrait-on expliquer ces localisations ?

Dans l'observation VIII, l'éruption a suivi de près un traumatisme de la main ; nous retrouvons dans l'observation X une ancienne phlébite, et chez la malade de l'observation XI nous remarquons que la jambe gauche est le siège de varices très volumineuses qui n'existent pas sur l'autre membre. Sans pouvoir l'affirmer, nous croyons cependant qu'il y a là plus qu'une coïncidence, mais ce qui est certain, c'est que nous sommes en présence d'un type pas ordinaire, puisque ce ne sont pas là les lieux d'élection de la dermatite de Duhring. Comme nous le verrons plus loin, tantôt la localisation est absolument unique, tantôt l'éruption récidive en deux ou trois endroits qu'elle ne quitte jamais, tantôt enfin les phénomènes éruptifs circonscrits pendant un certain temps à une région bien déterminée, envahissent par la suite le reste des téguments, revêtant ainsi l'aspect ordinaire.

Pour le traitement, M. Brocq a essayé les bains statiques avec effluves électriques. A l'intérieur, on a employé successivement le soufre, l'iode, l'arsenic, les antinervins, les toniques généraux. Toutes les pâtes, pommades, liniments d'un usage courant en dermatologie ont été employés à l'extérieur. Et si l'on a eu recours à tant de médicaments, c'est que pas un seul n'a donné les résultats attendus.

Voici ce qui nous a semblé le mieux réussir :

1°) Maintenir le bon état de la peau par des bains généraux ou des pansements humides ;

2°) Alimentation légère, non excitante ; surveiller l'évacuation régulière de l'intestin ;

3°) Prescrire les diurétiques usuels dans les cas d'hypo-urie ;

4°) Panser les plaies avec de la pâte simple, au calomel ou légèrement phéniquée ;

5°) A l'intérieur, médicaments anti-nervins ou tonico-vasculaires.

En résumé, comme le dit M. Brocq dans la *Presse médicale* du 14 avril 1900, « il existe une variété de dermatite polymorphe douloureuse, qui nous paraît assez nettement définie par les faits précédents, et qui présente les caractères généraux du groupe : une éruption polymorphe, érythémateuse surtout, vésiculeuse et bulleuse ; une évolution chronique par poussées successives, ce qui la range dans les variétés chroniques du groupe ; des phénomènes douloureux nettement accentués, et consistant surtout en vives démangeaisons ; une conservation complète du bon état général ; mais qui en outre se différencie nettement des variétés vulgaires, par la circonscription des phénomènes éruptifs à certaines régions du corps toujours les mêmes, par la production d'un état quasi cicatriciel des téguments atteints, au niveau desquels on peut observer des kystes épidermiques et une alopécie des plus remarquables, les poils tombant spontanément, et semblant être détruits d'une manière définitive.

« Que ce type morbide ne réponde pas d'une manière

précise à ce que Duhring a décrit sous le nom de dermatite herpétiforme, c'est possible, mais il en est tout à fait voisin et en quelque sorte connexe. Il doit être rangé avec cette dermatite herpétiforme et tout à côté d'elle, dans le vaste groupe auquel nous avons donné le nom de dermatites polymorphes douloureuses. »

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I

Éruption bulleuse, prurigineuse, circonscrite, publiée par
W.-I. CORLETT à la Dermatological Association, 1898.

Homme de 60 ans, très névropathe, rhumatisant et bronchitique, qui depuis trois ou quatre ans présente, plusieurs fois par an, des poussées éruptives toujours semblables. L'éruption occupe la partie antéro-interne des avant-bras et la face interne des cuisses ; elle est formée de papules écorchées, de pustules, de vésicules et surtout de bulles variant du volume d'un pois à une noisette ; elle s'accompagne d'une violente démangeaison et ne dépasse jamais les régions indiquées ci-dessus. On ne distingue pas clairement de groupement herpétiforme des bulles (1).»

1. *Annales de Dermatologie*, année 1899, p. 579.

Observation II

Présentée par MM. GAUCHER et BARBE à la Société de Dermatologie de 1896 sous le nom de *Éruption pemphigoïde du cuir chevelu, alopécie consécutive*.

« L..., âgée de 62 ans, couturière, sans antécédents morbides héréditaires bien nets, a présenté pendant toute sa vie des symptômes d'hysteria minor, des troubles dyspeptiques, une constipation opiniâtre et des névralgies faciales doubles très rebelles ces dernières ont peut-être un certain lien avec la maladie cutanée dont cette personne est atteinte aujourd'hui. Tous ces phénomènes morbides se sont aggravés à la suite de revers de fortune.

« Mais ce n'est pas toute l'histoire pathologique de cette malade. Depuis douze ans, celle-ci était atteinte d'une carie des os de l'avant-bras droit, pour laquelle elle a été opérée il y a deux ans. C'est peu de temps après cette opération que la malade redoutait d'ailleurs beaucoup, qu'une éruption de bulles se serait manifestée sur différents points du corps, sur la région frontale, sur les parties du cuir chevelu correspondant à la région sus-frontale et au vertex, et même derrière les oreilles et sur la région ombilicale. Cette éruption était très prurigineuse. C'est sur le front et le cuir chevelu que les bulles étaient en plus grand nombre, les unes pleines d'un liquide jaune citrin, les autres remplies d'une sérosité purulente.

« Ces bulles ne tardèrent pas à se dessécher pour former des croûtes qui tombèrent au bout d'un mois, laissant sur le front des cicatrices, nullement saillantes, légèrement blanchâtres, régulièrement arrondies, visibles surtout quand on tend la

peau au front pour en effacer les plis, on voit alors que ces cicatrices occupent la région frontale sous la forme d'une demi-couronne. Sur le cuir chevelu, les cheveux sont tombés peu à peu et ont formé une large plaque presque ovale dénudée de cheveux, située sur la ligne médiane, s'étendant d'avant en arrière, de la région sus-frontale à la partie supérieure de la région occipitale, et transversalement du milieu de la région pariétale d'un côté à la région correspondante de l'autre côté.

« Sur cette plaque dénudée, il n'y a pas de cicatrices isolées bien visibles, mais un aspect cicatriciel du cuir chevelu, avec teinte érythémateuse et quelques télangiectasies disséminées ; ça et là, au milieu de la plaque, existent encore quelques cheveux faiblement adhérents.

« On observe encore des traces de grattage dues aux démangeaisons assez vives que la malade ressent à ce niveau. A la périphérie de la plaque, les cheveux s'arrachent facilement et présentent au microscope des altérations assez analogues à celles de la pelade, c'est-à-dire l'atrophie de la substance médullaire.

« La production de ces bulles s'est faite par poussées successives, de même que la chute des cheveux.

« Il y a trois mois, la malade s'est présentée à nous, avec une excoriation cutanée de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, située en un point de la plaque dénudée, et recouverte d'une croûte sanguinolente, lésion qui paraissait avoir été consécutive à une bulle. En arrière de celle-ci, existait une rougeur diffuse semée d'un certain nombre de pustulettes dans le pus desquelles M. Claude, l'interne distingué du Dr Gaucher, a trouvé du staphylocoque jaune. Pour nous, ces pustulettes avaient été le

résultat d'inoculations secondaires, et n'étaient qu'accessoires dans l'évolution de la maladie.

« Enfin, il y a quelques jours, la malade a présenté de nouveau une bulle tout à fait caractéristique dont on peut voir les traces encore maintenant.

« Signalons en terminant que la malade accuse des transpirations abondantes aux régions temporales, et qu'elle présente une petite tache de xanthelasma à l'angle interne de l'œil gauche.

« Comme traitement, nous n'avons pas osé, sur un cuir chevelu facilement irritable, appliquer de topique irritant ; d'ailleurs l'alopecie nous paraît irrémédiable avec cet état cicatriciel du cuir chevelu. Nous nous sommes contenté de traiter l'état général (1). »

Observation III

Présentée à la Société de Dermatologie de 1898 par M. L. Brocq sous le titre : *Cas de dermatite herpétiforme à lésions systématisées avec production de cicatrices et de kystes épidermiques.*

« C'est un homme de 71 ans, dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier, et qui n'offre comme antécédents personnels, au point de vue cutané, qu'une éruption discrète composée de 30 ou 40 éléments environ survenue après sa première vaccination vers l'âge de 10 ans. A 50 ans, il a eu de violentes crises hépatiques, puis un abcès de la région

1. *Annales de Dermatologie*. Année 1896, page 65.

anale, abcès qui fut suivi de fistule dont on ne put le guérir qu'après une série d'opérations.

« L'affection dont il est atteint a commencé en décembre 1896 à la suite de violents chagrins, dit-il (mais il faut ajouter que ces ennuis ont précédé d'environ trois mois les premiers phénomènes éruptifs), par une éruption d'éléments rouges, faisant saillie, modérément prurigineux, qui s'excoriaient facilement par les frottements et le grattage, ou qui se desséchaient en se recouvrant d'une croûte centrale.

« La première région atteinte a été le cuir chevelu, puis les joues et enfin la poitrine.

« En mai 1897, l'éruption s'étendit, et devint nettement bulleuse, les éléments éruptifs étaient disséminés çà et là, en quelques points du corps, mais ils prédominaient à la région présternale, aux aisselles, et vers les plis génito-cruraux : et ils ont, en somme, toujours présenté une remarquable tendance à se systématiser en quelques régions circonscrites des téguments.

« D'après les renseignements fournis par le malade, ces bulles se flétrissaient peu à peu ou s'ouvraient accidentellement ; elles se recouvraient d'une croûte brunâtre, assez épaisse, qui reposait sur un derme suintant ; puis elles se détachaient en laissant la peau rouge ; peu à peu, cette coloration disparaissait, mais il restait un aspect lisse, un peu brillant, parfois blanchâtre, parfois grisâtre ou légèrement pigmenté.

« Les démangeaisons ont été pour ainsi dire constantes, elles ont parfois atteint, au dire du malade, une telle intensité, surtout au niveau de la région présternale, qu'elles provoquaient de véritables crises nerveuses.

« C'est en février 1898, que ce malade est venu nous voir à

notre policlinique dermatologique de l'hôpital Pascal. Voici en quelques mots quel était son état :

« Sur le devant de la poitrine, vers la ligne médiane, se voyaient trois plaques éruptives, étagées les unes au-dessus des autres : la plus élevée était de beaucoup la plus considérable ; elle était située un peu au-dessus de la fourchette sternale.

« Chaque plaque était irrégulièrement ovale à grand axe transversal, rouge, un peu cicatriciel d'aspect ; elles étaient recouvertes en partie de croûtelles épaisses, arrondies ou un peu irrégulières, vestiges de bulles desséchées.

« Au niveau de la plaque supérieure, se voyaient des sortes de vésicules, et de toutes petites bulles de la grosseur d'un tout petit pois, les unes transparentes, d'autres louches ou d'un jaune brunâtre.

« Au niveau des creux axillaires se voyaient des placards semblables, rouges et présentant quelques bulles de quatre à six millimètres de diamètre.

« Les deux joues, au niveau de leur partie latérale préauriculaire, et les régions voisines des tempes présentent une vaste plaque cicatricielle d'aspect ; à ce niveau la barbe qui a été épilée en mai 1897, n'a jamais repoussé. Les bords de ces plaques sont assez nettement arrêtés ; mais ils sont assez irréguliers. Leur surface est violacée par places, blanchâtre en d'autres, lisse sur la plus grande partie de son étendue ; cependant en quelques points, surtout vers les bords, se voient quelques croûtelles d'un jaune brunâtre, consécutives à des bulles anciennes, et une ou deux grosses bulles récentes du volume d'une petite cerise remplies de liquide séreux transparent.

« En outre, la surface de ces plaques cicatricielles se trouve parsemée, çà et là, d'un assez grand nombre de kystes épider-

miques miliaires, formant des ponctuations d'un blanc jaunâtre des plus accentués.

« Le cuir chevelu est également envahi par l'éruption : au niveau de régions alopéciques, ou même au niveau de points où les cheveux existent encore, se voient des croûtelles jaunâtres ou d'un jaune brunâtre, vestiges de bulles, reposant sur un cuir chevelu d'un rouge plus ou moins vif, et par places des bulles récentes, transparentes, quelques-unes sans rougeur périphérique, et comme formées d'emblée sur le cuir chevelu sain, du moins en apparence.

« A plusieurs reprises, le malade a éprouvé des sensations fort pénibles de picotement à la gorge : ces sensations ont persisté parfois pendant plusieurs jours, sans que l'on ait pu nettement y constater d'éruption.

« L'éruption procède par poussées successives ; les bulles évoluent en cinq à dix ou quinze jours : dès qu'elles sont guéries, elles sont remplacées par d'autres et ainsi de suite. Actuellement, elle est fort prurigineuse, douloureuse même lorsque les bulles ont été excoりées.

· L'état général du malade est satisfaisant : on n'a guère à noter chez lui qu'un certain degré d'artériosclérose.

« Il a été immédiatement soumis aux bains statiques secs avec effluves légères. Les premiers essais n'ont pas semblé donner de bons résultats, Il y a eu de nouvelles poussées de bulles, au niveau des deux centres nouveaux d'éruption, l'un vers le coude gauche de la grandeur d'une pièce de 5 francs, l'autre vers le milieu de la cuisse droite, de 8 à 10 centimètres de diamètre. Mais après de fort nombreuses séances en mai, les démangeaisons ont paru diminuer, et les bulles sont devenues moins fréquentes.

« Voici quel était son état le 12 juin :

« Vers l'angle de la mâchoire gauche, sur le bord de la plaque cicatricielle, démangeaisons fort vives, et soulèvements bulleux : on en trouve également sur la tempe et la joue droite, mélangés à des croûtes, sur le cuir chevelu où ils sont très irrégulièrement disséminés, à la région presternale, à la partie médiane du dos ; à la cuisse droite, où les lésions sont constituées par des éléments érythémateux, érythémato-bulleux et croûteux.

« *Le 4 juillet.* — Nous constatons que l'état du malade est vraiment meilleur.

« Les démangeaisons ont beaucoup diminué d'intensité. Les éruptions bulleuses sont beaucoup moins nombreuses. Il s'en forme à peine quelques-unes de temps en temps, sur la limite des plaques des joues. Il y en a toujours quelques-unes, mais moins volumineuses qu'autrefois sur le cuir chevelu. La plaque présternale est encore rouge, couverte de squames et de croûtelles, mais on n'y voit plus de bulles en activité ; au niveau du coude gauche, la peau de la plaque qui se trouve en ce point est rouge luisante, d'aspect un peu cicatriciel ; mais il n'y a pas eu de bulles depuis quelque temps, bien que le malade y éprouve de vives démangeaisons. Par contre la plaque de la cuisse droite est en pleine activité : elle est recouverte de plusieurs bulles transparentes et de croûtelles, le tout reposant sur un fond rouge ; tous les jours, il s'y forme de nouveaux éléments, mais il n'y a pas trop de prurit en ce point. Par contre le malade éprouve à la nuque des démangeaisons extrêmement vives, bien que les téguments n'y présentent aucune lésion visible.

« L'examen du liquide des bulles a révélé la présence d'une grande quantité de cellules éosinophiles ; mais notre distingué

interne, M. Lenglet, n'en a pas trouvé dans le sang ; il est vrai de dire que ce dernier examen a été fait à quelques jours de distance des poussés.

« Les urines ne renferment que fort peu d'urée, de 6 à 7 grammes en vingt-quatre heures ; il y a donc une hypoazoturie des plus accentuées ; elles contiennent en outre des traces sensibles d'indican (1). »

Observation IV

Présentée par M. Ch. Aubry à la Société de Dermatologie, 1900.

« X..., âgée de 26 ans, couturière ; son père est mort d'accident ; il était, dit-elle, très nerveux ; non alcoolique ; la mère est atteinte d'un goitre exophtalmique. Elle a deux frères en bonne santé ; elle ajoute que toute la famille est « nerveuse ».

« Elle-même, pendant l'enfance, a eu de l'impétigo. Elle a été réglée à 14 ans, depuis lors régulièrement ; étant plus jeune, il lui arrivait de tomber sans connaissance. Nous n'avons pas pu cependant relever de signes nets d'hystérie ou d'épilepsie.

« A l'âge de 21 ans, sans cause appréciable, elle ressentit sur la face antérieure de la main et de l'avant-bras droit, des démangeaisons très violentes ; elles furent aussitôt accompagnées de la production de petites bulles qui persistèrent, assure-t-elle, pendant quelques mois ; ces bulles contenaient un liquide blanchâtre, mais pas de pus.

« Quatre ans plus tard, en novembre 1899, elle vit apparaître au même point les mêmes éléments, c'est-à-dire de petites bul-

1. *Annales de Dermatologie*. Année 1898, page 667.

es. A ce moment, il y eut de violentes démangeaisons. La lésion débutait par de la rougeur, et il n'y avait pas de pustules. Bientôt, les démangeaisons s'accompagnèrent de vives sensations de brûlures ; au même moment, la main et l'avant-bras gauches présentèrent des lésions identiques aux premières : papules, vésicules, bulles, etc. Depuis cette époque, la malade a eu sans cesse de petites poussées subintrantes. Elle assure que les éléments vésicules sont toujours séreux au début : ils ne se troublent, ne deviennent purulents que secondairement.

« Quand la malade entra à la Clinique en mars 1900, les régions indiquées : avant-bras, faces dorsales des mains et des doigts (sauf le pouce et l'auriculaire) présentaient les altérations habituelles à la dermatite herpétiforme du type Dühring le plus vulgaire : papules rouges, croûtes érythémateuses un peu plus étendues, vésicules, pustules, bulles disposées en jets circinés, de violentes sensations de brûlure ; sommeil et travail impossibles.

« Les urines, examinées par M. le professeur agrégé Girard, étaient normales dans tous leurs éléments, y compris l'excrétion de l'urée et de chlorure (22 gr. 50 d'urée, 11 grammes de chlorure par vingt-quatre heures).

« Enveloppement des zones malades. Arsenic à l'intérieur.

« Au bout d'une quinzaine de jours, les pustules, les vésicules, les bulles étaient guéries ; les sensations de brûlures avaient disparu ; les démangeaisons persistaient, après un mois, sur l'emplacement des anciennes lésions.

« La peau présentait un aspect papuleux limité, d'un rouge bleuâtre, en voie de résolution.

« Il n'existait aucune trace d'efflorescence anormale, en dehors des régions mentionnées (1). »

1. *Annales de Dermatologie*, année 1900, page 544.

Observation V.

Présentée par M. DURAND, chef de clinique de M. Audry.

« Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans, dont la maladie avait débuté treize ans auparavant. Depuis l'âge de 3 ans, elle présentait, deux ou trois fois par an, des poussées typiques limitées aux deux poignets, à la face dorsale et latérale des mains et des doigts, aux plis du coude, au creux poplité. Une seule fois quelques bulles s'étaient développées près de la lèvre inférieure. »

Observation VI (*Inédite.*)

(Service de M. BODIN, Hôtel-Dieu de Rennes).

L. B..., âgé de 7 ans, entre le 9 juillet 1902, salle Saint-Vincent, pour lésions cutanées bulleuses localisées aux pieds et aux mains et pour lésions croûteuses des lèvres.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Quelques attaques de nerfs chez la mère.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Notre jeune malade a fait, pendant les trois premières années de son existence, quatre poussées broncho-pulmonaires. Il a eu également des parasites intestinaux qui amenèrent chez lui du trismus et des convulsions toniques.

Tempérament nerveux.

C'est vers le mois de janvier 1900 que pour la première fois des soulèvements vésiculeux et bulleux apparurent sur les mains de l'enfant. Les bulles, du volume d'une noix, occupaient la

face interne des doigts, et de la face dorsale de la main, alors que les vésicules siégeaient surtout à la face palmaire.

Ces lésions persistèrent pendant trois mois, avec alternative d'amélioration et d'aggravation.

Pendant ce temps, on remarqua, à la lèvre supérieure, et au menton, des rougeurs diffuses, dont la coloration devenait plus vive, quand les mains étaient le siège de nouvelles poussées : elles étaient parsemées de croûtes jaunâtres impétiginiformes.

Le prurit ne se fit sentir qu'au moment de l'éruption, mais il fut continu. Il redoublait d'intensité quand les phénomènes morbides reparaissaient.

Puis tout rentra dans l'ordre jusqu'au printemps de l'année suivante.

A cette époque, répétition exacte de ce qui s'était produit précédemment. Même durée, mêmes localisations, mêmes caractères.

Il y a un mois, nouvelle poussée ; le prurit fut intense dès le début, et l'éruption se localisa tout d'abord au menton et à la lèvre inférieure puis envahit les mains et les pieds.

Le petit malade entre alors à l'Hôtel-Dieu, où nous avons pu l'examiner le 9 juillet 1902.

Il existe, à ce moment, au menton et à la lèvre inférieure, des surfaces suintantes, des squames et des croûtes jaunâtres plus ou moins épaisses sur fond rouge et diffus. Aux mains et aux pieds, l'érythème est peu marqué, mais on y constate un assez grand nombre de bulles dont le volume varie de celui d'un petit pois à celui d'un haricot. Elles sont pour la plupart crevées et disséminées sur la main et les doigts, avec prédominance cependant à la base de l'index et du médius gauches ; elles sont

plates, ovalaires, de 1 centimètre de diamètre environ, légèrement surélevées par de la sérosité louche.

Sur la face interne et dorsale de la même main, on constate également des bulles qui, devenues confluentes, ont formé un soulèvement irrégulier, phlycténoïde, assez étendu, mais ne contenant qu'une petite quantité de liquide. La paume des mains est intacte.

Sur le cou-de-pied gauche, ainsi que sur la face dorsale et la base des orteils, lésions absolument méconnaissables; ce sont des croûtes jaune brunâtre, irrégulières, d'épaisseur variable reposant sur une base érythémateuse suintante à allure eczématisque.

Symétriquement sous la plante des pieds, existe un placard rouge de 3 à 4 centimètres de long sur 2 ou 3 centimètres de large, avec soulèvement épidermique rempli de sérosité légèrement louche.

A la base du deuxième orteil gauche, face plantaire, se trouve également une bulle à grand axe transversal mesurant environ 1 centimètre.

Toutes ces lésions sont prurigineuses.

Les appareils respiratoire, digestif, pulmonaire ne présentent rien d'anormal.

Le traitement a consisté tout d'abord en pansements humides, puis en applications de la pommade suivante :

Poudre d'amidon	}	ââ	25 grammes
Oxyde de zinc			
Vaseline.		50	grammes

A l'intérieur, sulfate de quinine,

Sort de l'hôpital le 26 juillet : guérison complète.

Le 29 du même mois, l'œdème apparaît sur la figure et les mains; il persiste encore sur ces dernières. Nombreuses croû-

les impétiginiformes au niveau du nez. Sur les faces dorsale et palmaire de la main poussée vésiculo-bulleuse; certaines bulles atteignent le volume d'un œuf de pigeon. En même temps série de petites vésicules aux poignets. Sort guéri peu de jours après.

Le 27 juin 1903. — Le malade rentre encore à l'Hôtel-Dieu pour une nouvelle poussée dont le début remonte à quelques semaines. Tout d'abord œdème de la figure, puis de violentes démangeaisons ont précédé l'apparition des bulles localisées sur les faces dorsale et latérale des doigts, et sur le dos de la main. Elles sont crevées par endroit; ailleurs elles sont devenues confluentes et ont laissé le derme à nu donnant l'aspect d'une brûlure.

Depuis son arrivée, la face palmaire de la main gauche et la base de l'index ont été envahies à leur tour.

L'examen du sang pratiqué le 1^{er} juillet 1903 a donné 9 0 0 d'éosinophiles.

On n'a noté dans les urines ni sucre, ni albumine; l'excrétion de l'urée est normale.

Observation VII (Personnelle.)

(Service de M. BODIN, Hôtel-Dieu de Rennes.)

A. L..., âgé de 7 ans, vu à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 11 février 1907.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort d'accident.

La mère, très nerveuse, a eu sept enfants dont trois sont décédés en bas âge: l'un de cholérine, l'autre de broncho-pneumonie, et le troisième d'une maladie de la moelle épinière qui n'a

pu être précisée. Des quatre enfants vivants, deux sont bien portants ; le troisième est rachitique, et le dernier est le petit malade que nous examinons.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Jusqu'à présent, il n'a fait aucune maladie grave, mais ce qui nous frappe au premier abord, c'est son aspect somnolent. La mère nous affirme qu'il est très nerveux, et que la moindre contrariété le fait sursauter.

Le début de l'affection cutanée remonte déjà à trois ans. A cette époque, sur la joue droite, apparurent de petites vésicules du volume d'une tête d'épingle, reposant sur une base rouge légèrement surélevée : elles devinrent confluentes, et il en résulta une bulle de petite dimension. Un ou deux jours après, celle-ci creva, et à sa place il se forma une croûte brunâtre qui disparut à son tour sans laisser de trace. Peu intense il est vrai, le prurit exista cependant.

Deux mois environ après, deux ou trois bulles identiques à la première apparurent au même endroit : mêmes symptômes, même évolution, même durée.

Depuis, tous les ans, tantôt la joue droite, tantôt la joue gauche sont le siège de trois ou quatre poussées analogues.

Il y a une quinzaine de jours, le petit malade ressentit à la joue droite de vives démangeaisons accompagnées d'élancements qu'il compare à des piqûres d'aiguille. Il prévint sa mère que ses « boutons » allaient revenir. Le lendemain en effet, on constata un léger œdème de la face qui quelques heures après devint rouge, et on vit apparaître de petits éléments herpétiformes, qui le soir même s'étaient réunis pour former trois ou quatre bulles remplies de liquide séreux.

Après vingt-quatre heures, celles-ci crevèrent et laissèrent une surface légèrement suintante, qui disparut au bout de huit jours.

Actuellement, l'enfant se présente avec des lésions symétriques des deux joues ; elles occupent la région située entre la queue du sourcil, et les commissures labiales droite et gauche.

Les surfaces rouges, à contours polycycliques, microcycliques en certains points, sont recouvertes de croûtes jaunâtres, impétiginiformes ou de squames furfuracées.

Avant cette dernière poussée, l'enfant n'avait jamais été soigné.

Examiné nu, le petit malade ne présente aucune trace de lésion cutanée, et la mère n'a jamais rien vu de semblable ailleurs que sur les joues.

L'état général est excellent, ni amaigrissement, ni perte d'appétit, ni trouble digestif d'aucune sorte. Rien du côté du poumon ; du côté du cœur légère tachycardie.

Le champ visuel est normal, ainsi que les sensations de chaud, de froid ; sensibilité au toucher et à la douleur légèrement atténuée. Réflexes rotuliens et pharyngiens très diminués.

L'examen des urines n'a décelé ni sucre ni albumine ; excrétion de l'urée normale.

Sang 4 p. 0/0 d'éosinophiles.

Le traitement externe a consisté en pansements humides suivis de l'application d'une pâte à l'oxyde de zinc.

A l'intérieur, cachets de sulfate de quinine.

L'enfant revu huit jours après était en bonne voie de guérison.

Observation VIII (personnelle).

(Service de M. le Dr BODIN, Hôtel-Dieu de Rennes.)

B..., matelassière âgée de 29 ans, entrée salle Saint-Agnès le 8 décembre 1906.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère morte à 42 ans, a eu douze enfants dont huit sont morts. La malade n'a pu préciser à quel genre d'affection ils avaient succombé.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A été soignée en 1904 pour un ulcère de l'estomac dont elle a présenté à ce moment tous les symptômes. Sortie de l'Hôtel-Dieu non guérie, elle a continué chez elle le traitement. Depuis, son état a continué à s'améliorer, car elle a repris une partie du poids perdu pendant l'évolution de la maladie.

Il y a trois ans et demi, époque à laquelle les premières attaques de l'ulcus de Cruveilhier firent leur apparition, la malade se piqua la paume de la main droite. A cet endroit se formèrent des phlyctènes séro-sanguinolentes, dont la venue fut précédée de démangeaisons extrêmement violentes. Il y en eut quatre ou cinq, dont le volume variait de celui d'un petit pois à celui d'une noisette. Ces bulles crevèrent et laissèrent à leur suite des lésions circinées et squameuses qui disparurent quelques semaines après.

Depuis cette époque, des éruptions analogues se produisent de façon intermittente : elles durent environ 1 mois et guérissent laissant la peau absolument intacte pendant un laps de temps à peu près égal. Le début se fait généralement par des taches érythématopapuleuses de couleur rose violacé très prurigineuses.

Actuellement, nous constatons, sur la paume de cette même main, cinq ou six plaques érythémateuses qui s'étendent jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes. Nous remarquons également une fissure correspondant au pli d'opposition du pouce ; elle est longue d'environ 3 ou 4 centimètres, profonde de 5 millimètres, et laisse écouler un liquide séro-purulent. Sur

la face radiale de la première phalange de l'index existe un placard rouge. Toutes ces lésions sont rosées, luisantes et couvertes de squames sèches.

Le reste du corps est absolument indemne.

Appareil digestif. — Ulcère d'estomac déjà signalé. Bon appétit mais vomissements faciles amenés par l'ingestion de certains aliments tels que viande grasse ou bouillie Gastralgies. Sensation de gonflement et de plénitude stomacale après les repas. Renvois acides agaçant les dents. Le matin à jeun, elle rend des glaires laissant à la bouche un goût amer. Alternatives de constipation et de diarrhée. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais la palpation en est un peu douloureuse. Douleur également à la pression profonde au niveau de l'estomac.

Appareil circulatoire. — La plus légère émotion, une marche, un travail un peu fatigant lui amènent de violentes palpitations qui surviennent même au repos. Léger éréthisme cardiaque.

Examen du sang le 16 décembre 1906 : 2,6 0/0 d'éosinophiles.

Appareil respiratoire. — Tousse tous les hivers. Toux quinteuse s'accompagnant de sensation de déchirure au niveau du sternum et suivie d'une expectoration abondante. Parfois point de côté violent siégeant au niveau de la ceinture, tantôt à droite, tantôt à gauche, parfois des deux côtés. Cette douleur assez vive pour suspendre un moment la respiration peut survenir au lit ou à l'occasion d'un effort.

Matité légère dans la fosse sus-claviculaire droite ; la percussion y est douloureuse.

Submatité dans la fosse sus-épineuse du même côté.

Dans les mêmes régions, inspiration rude, expiration prolongée.

gée, retentissement exagéré de la voix et de la toux, quelques craquements en avant et à droite.

Egalement, râles sous-crépitaux disséminés dans les deux poumons, avec prédominance aux sommets.

Système nerveux. — Malade très émotive; cette émotivité a augmenté à la suite de chagrins. A eu des crises nerveuses au moment de la puberté.

Champ visuel normal. Sensation de brouillard devant les yeux surtout après une contrariété. La céphalalgie qui avait acquis une grande intensité au moment de son premier séjour à l'hôpital a maintenant presque complètement disparu.

Le sommeil, en général bon, est parfois troublé par des cauchemars (zoopsie et crainte de tomber dans un précipice).

Les membres étant en extension, tremblement des doigts. Pas d'éthylisme avoué.

La sensibilité au contact est diminuée : les yeux fermés, elle n'accuse cette sensation qu'à une assez forte pression. Au-dessus du sein gauche, zone d'anesthésie presque complète.

Perception normale du chaud et du froid.

Si la malade s'aperçoit qu'elle va être touchée, elle a une hyperesthésie très manifeste. Le moindre contact détermine une contraction des muscles sous-jacents.

Réflexe rotulien exagéré, réflexe cornéen diminué.

Les paupières étant abaissées, trémulation palpébrale.

Appareil uro-génital. Règles apparues pour la première fois à l'âge de 13 ans, depuis elles ont été régulières et normales, comme quantité et comme durée.

Examen des urines, volume des vingt-quatre heures : 1250 gr.

Urée, 23 gr. 01 par litre.

Ni sucre, ni albumine.

Sort guérie le 17 décembre 1906.

Le traitement a consisté en pilules d'extrait de valériane 5 centigrammes à l'intérieur.

Sur la main, pâte au calomel.

La malade n'a pas été revue depuis.

Observation IX (*Inédite*)

— (Service de M. le Dr BODIN, Hôtel-Dieu de Rennes.)

T..., âgée de 19 ans, entre le 26 septembre 1904 salle Sainte-Agnès.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Nuls.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Bronchites les hivers derniers. Peu d'appétit. Transpirations la nuit. Pas d'hémoptisies. Douleurs fugaces dans la poitrine. Sensation d'étouffement. Malade très nerveuse, a déjà eu plusieurs attaques de nerfs dont la dernière remonterait à deux mois.

Réglée très irrégulièrement depuis l'âge de 13 ans.

L'affection aurait débuté il y a trois ans par une poussée de lésions cutanées qui furent tout d'abord des macules rouges siégeant sur tout le corps. Peu à peu, celles-ci se surélevèrent, et furent remplacées par des bulles dont le volume augmenta peu à peu pour atteindre le diamètre d'une pièce de 2 francs. Quelques-unes devinrent confluentes puis crevèrent. Ces lésions étaient le siège de douleurs cuisantes et lancinantes. Tout le corps fut envahi, même la paume des mains et la plante des pieds. D'après ses dires de la malade, la première apparition fut marquée par un peu d'état général. Elle serait restée un an et demi à l'Hôtel-Dieu, et au bout de ce temps, il se fit une sorte de desquama-

tion, laissant à la place des anciennes bulles des macules grisâtres dont on voit encore quelques traces.

Il y a environ trois semaines, la face interne des deux cuisses fut le siège de lésions qui débutèrent à droite par un petit bouton rouge qui s'étendit rapidement.

Deux ou trois jours après, à ce même endroit, la malade remarqua un placard rouge, sur lequel apparurent des bulles remplies d'un liquide séreux très clair ; ils'en formait de nouvelles tous les jours, tandis que les premières crevaient et étaient remplacées par des croûtes jaunâtres assez épaisses.

Sur la cuisse gauche, il n'y eut que quelques papules érythémateuses de 2 ou 3 millimètres de diamètre.

Avec la lésion primitive, il y eut des démangeaisons, qui devenaient plus intenses quand elle s'étendait.

Actuellement (26 septembre 1904) à la partie moyenne et interne de la cuisse droite, vaste placard érythémateux parsemé de croûtes ; il mesure 12 à 15 centimètres dans le sens vertical et 7 à 8 dans le sens horizontal.

Entre ces croûtes, entourées d'une collerette où la teinte rouge est plus accentuée, il existe des bulles prédominant au niveau du bord antérieur ; elles sont surélevées, plus ou moins volumineuses, et remplies d'un liquide séreux.

Sur le bord inférieur, petites vésicules grosses comme une tête d'épingle.

A la partie supérieure de la cuisse, quelques bulles isolées.

Toutes ces lésions sont douloureuses, et sont le siège de picotements.

A droite, douleur fugace s'irradiant du pli inguinal à la face interne du genou.

A la cuisse gauche, lésions érythémateuses analogues à de

la pyodermite, et quelques bulles présentant les mêmes caractères que celles de l'autre côté ; la douleur est plus vive la nuit que le jour.

En même temps, à l'index et l'annulaire de la main droite, et à l'index de la main gauche, bulles au niveau de la phalangette et autour de l'ongle ; elles crevent spontanément cinq ou six jours après leur apparition. Actuellement encore traces de ces lésions. La peau est plus foncée et plus épaissie ; le quadrillé normal plus accentué.

Les urines ont été examinées trois jours consécutifs ; on n'y a décelé ni sucre, ni albumine.

Le 11 octobre 1904. — 550 grammes ont été émis en vingt-quatre heures et contenaient 7 gr. 16 d'urée.

Le 12 octobre 1904. — 500 grammes ont été émis en vingt-quatre heures et contenait 14 grammes d'urée.

Le 13 octobre 1904. — 950 grammes ont été émis en vingt-quatre heures et contenaient 11 gr. 68 d'urée.

Donc hypoazoturie très notable.

Le 30 octobre 1904. — Après application de pansements humides et de pâte au calomel, disparition des croûtes impétiginiformes. Actuellement, les éléments érythémateux et bulleux seuls persistent ; sur les placards rouges précédemment décrits, bulles de 1 centimètre de diamètre, remplies de liquide séro-purulent ; leur base est légèrement infiltrée. Quelques-unes ont apparu également au genou et à la face interne du mollet.

Le 10 octobre. — Nouvelles lésions analogues aux précédentes sur le bras gauche et la face antérieure et supérieure du thorax.

Le 11 novembre 1904. — Les bulles de la face interne des cuisses sont guéries, il ne reste qu'une pigmentation brune.

Même physionomie à l'avant-bras où persistent encore quelques vésicules.

Depuis trois semaines les crises nerveuses n'ont pas reparu et l'état général est resté excellent.

Le 16 novembre. — L'avant-bras est complètement guéri à part quelques croûtes brunâtres.

Le 10 octobre. — L'examen du sang a montré 7 0/0 de cellules éosinophiles.

Observation X

(Service de M. le Dr BODIN, Hôtel-Dieu de Rennes.)

R... âgée de 22 ans, entre le 7 août 1907, salle Sainte-Agnès.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Nuls.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Phlébite à la jambe droite il y a trois ans. Vers le mois de février, la malade aurait eu un léger traumatisme de la jambe droite ; à ce moment, trois plaies subsistaient encore, reste de son ancienne phlébite. Depuis cette époque, presque tous les matins, elle apercevait des bulles grosses comme une tête d'épingle, et remplies d'un liquide citrin ; celles-ci n'existaient que sur ce segment de membre.

La douleur était surtout marquée au niveau des excoriations consécutives au grattage de ces vésicules.

Actuellement encore, on voit une douzaine de placards, d'une coloration rouge vif, disséminés sur la jambe : deux à la partie inférieure, trois à la région supéro-externe, et les autres recouvrant presque totalement la face dorsale du pied et du cou-de-pied.

État général bon. Examen des urines : rien d'anormal.

Traitement interne : sulfate de quinine et ergot de seigle. A l'extérieur, pansement au liniment oléo-calcaire.

Le 23 août. — Amélioration notable.

Nous regrettons de n'avoir pu suivre pendant plus longtemps cette malade, cependant nous avons cru pouvoir mettre cette observation qui semble jusqu'ici devoir rentrer dans la forme circonscrite de la dermatite polymorphe douloureuse.

Observation XI (Personnelle).

(Service de M. le Dr BODIN, Hôtel-Dieu de Rennes.)

D..., âgée de 43 ans, entre le 20 mai 1907 salle Sainte-Agnès.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 50 ans. La mère décédée à 32 ans de tuberculose pulmonaire. Un de ses frères a succombé à la même affection.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — La malade peu vigoureuse est restée anémiée jusqu'à l'âge de 19 ans. Elle avait 17 ans quand ses règles ont apparu pour la première fois ; elles ont été très régulières depuis.

A eu deux enfants bien portants.

Histoire de la maladie. — Ce fut en 1899 que revenant d'une promenade, la malade s'aperçut qu'elle portait à la face dorsale du poignet gauche, quatre ou cinq petites vésicules qui donnèrent issue à un liquide séreux. Ces lésions étaient le siège de démangeaisons très vives, et sous l'influence de grattages répétés, elles se transformèrent en petites ulcérations suintantes, recouvertes bientôt de croûtes brunâtres. Toute la région périphérique prit une coloration rosée.

Les démangeaisons étaient si vives, qu'elles décidèrent la malade à aller voir un médecin. Celui-ci fit le diagnostic de gale et appliqua le traitement approprié. Il fut impuissant et n'amena qu'une augmentation de la réaction locale.

Un second médecin donna une pommade sur la composition de laquelle la malade ne peut fournir de renseignements. Cependant, à la suite de cette application, les démangeaisons furent moins vives et les excoriations disparurent.

Le répit fut bref ; à peine quinze jours s'étaient écoulés que de nouvelles bulles apparaissaient au même endroit. Traitées par le même topique, elles disparurent et revinrent pendant plusieurs mois toujours accompagnées du même prurit intense.

La malade, qui venait de soigner un typhique, crut avoir été contagionnée par lui. Elle était à ce moment plus nerveuse que d'habitude ; la mort de son mari contribua sans doute à troubler ses nerfs déjà ébranlés. Elle eut à ce moment plusieurs vomissements et un dégoût persistant pour les aliments.

L'année suivante, en 1900, les mêmes lésions qui venaient de disparaître au poignet apparurent aux deux jambes. Des bulles atteignirent la grosseur d'une lentille, et malgré l'application de poudre d'amidon, la malade trouvait souvent le soir ses bas collés au niveau des lésions.

Depuis, pendant six ans, la malade a eu des poussées vésiculeuses semblables aux deux jambes, localisées à la partie antéro-latérale et au niveau des malléoles, ne dépassant jamais le milieu du mollet ; elles n'ont jamais reparu au poignet.

Au mois de mai 1907, la malade rentre à l'hôpital.

Dans l'intervalle, elle a été l'objet d'une autre observation : en juin 1905, elle présentait une alopécie en clairières très abondante, et des plaques muqueuses buccales ; on n'avait jamais vu ni chancre, ni roséole. Elle suivit alors le traitement au moyen des pilules de Dupuytren qui lui furent données au nombre de soixante, à six reprises différentes depuis le mois de juin 1905, par conséquent depuis deux ans. Le 25 septembre

1907, l'alopecie était à peu près guérie et la repousse des cheveux abondante. Depuis, on n'a revu aucun accident spécifique.

Cette fois-ci, elle entre dans le service pour des ulcérations de la face externe de la jambe gauche. A première vue, on croit se trouver en présence de petits ulcères variqueux. En effet, on voit une peau sillonnée de varicosités très accentuées, présentant de larges placards jaune brun, au niveau desquels des croûtes brunâtres recouvrent çà et là de petites ulcérations. Pendant quelque temps, on touche les excoriations au nitrate d'argent et on enduit la jambe d'une pommade au calomel à 1/100. Les lésions guérissent, mais la malade se plaint de démangeaisons assez vives, et des poussées de vésicules blanchâtres ont lieu dans la région observée.

Ce sont des éléments lenticulaires qui sont remplis d'un liquide absolument clair ; il n'y a pas trace de rougeur à la périphérie ; en évacuant le contenu et enlevant l'épiderme, on se trouve en présence d'une légère dépression en cupule. Ces éléments ne sont pas en rapport avec l'émergence des poils. Le volume des bulles est variable d'une tête d'épingle à une grosse lentille. On en trouve quelques-unes de récentes, et à côté, on voit les croûtes brunâtres déjà décrites, reliquat d'anciennes poussées.

La face externe de la jambe gauche, sur une hauteur moyenne de 20 centimètres porte trois foyers principaux de lésions échelonnées, à des distances sensiblement égales. Dans toute cette région, on remarque une teinte foncée des téguments. C'est une sorte de mélanodermie qui n'occupe pas exactement toute la surface colorée, mais laisse des intervalles de peau moins colorée. Cette mélanodermie est la conséquence des lésions ; elle aurait en effet apparu peu à peu, chaque vésicule laissant après elle

une teinte jaunâtre qui va en s'accroissant jusqu'au brun par l'apparition et la cicatrisation de nouvelles bulles. La peau est plus luisante, parcourue de stries brillantes; elle présente un certain degré de lichénification.

L'autre jambe a été aussi le siège de poussées bulleuses, mais elles ont été moins répétées et moins persistantes. La région de la crête du tibia, les deux faces de la jambe, et le creux poplité sont couverts de petites taches jaunâtres, cicatrices d'anciennes bulles.

État de la sensibilité. — Avant l'apparition des lésions, la malade se plaint de démangeaisons assez vives; toutefois, ces sensations ne sont pas intolérables et elles ne tardent pas à disparaître avec l'éruption. Aucun phénomène d'élancement, aucune douleur diffuse ou localisée; à peine quelques fourmillements. La sensibilité au contact semble diminuée au niveau des lésions; on en apprécie mal les modifications à la chaleur et à la douleur.

Depuis son entrée dans le service, la malade a meilleur appétit; elle a augmenté de poids et se trouve en bon état général. L'examen de ses divers appareils reste négatif.

Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Le 5 juillet. — Apparition d'une nouvelle bulle à la jambe cette éruption s'accompagne d'un léger prurit. Le lendemain, la phlyctène crève et est remplacée par une croûte sèche. La malade sort guérie.

Le 16 juillet. — Revient à l'Hôtel-Dieu dans un état de surexcitation extrême avec crises de larmes, idées de suicide, demandant à être gardée dans le service, pour la soustraire à l'idée fixe qui l'obsède.

Le 17 juillet. — Idées sombres l'assiègent; elle pleure, trem-

ble et profère à peine quelques paroles. L'infirmière nous renseigne sur le caractère taciturne et renfermé de la malade qui recherche la solitude et pleure sans aucune raison.

Cet état nerveux est sensiblement amélioré par les pilules à l'extrait de valériane.

Le 19. — Nouvelle poussée vésiculo-bulleuse sur la jambe gauche. Les vésicules assez nombreuses recouvrent l'ancien placard brunâtre ou elles s'étaient déjà localisées.

Au talon droit, grosse bulle transparente contenant un liquide jaune citrin; elle occupe assez exactement le point d'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum; cette éruption s'accompagne d'un léger prurit.

A noter une sudation abondante de la jambe droite.

Examinée le 23 juillet par M. le Dr Dide, médecin aliéniste de l'asile Saint-Méen, le diagnostic porté a été celui de neurasthénie grave.

Le traitement a consisté :

1° Pilules à l'extrait de valériane;

2° Douches froides en pluie sur le thorax et le dos, la tête étant respectée.

Les troubles nerveux ne seraient pas en rapport avec l'état spécifique de la malade.

15 décembre 1907. — Revient pour une nouvelle poussée vésiculo-bulleuse exclusivement localisée à la jambe gauche. Cette éruption analogue aux précédentes a débuté il y a environ deux mois sur un placard rouge brunâtre et est actuellement en période de décroissance.

L'état général est bon.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour discuter des observations, présentées et étudiées par des maîtres de la dermatologie ; aussi pour les premières, nous contenterons-nous de résumer les diverses opinions qui ont été émises. Pour les suivantes qui jusqu'ici étaient inédites, nous ferons successivement le diagnostic avec l'érythème polymorphe, l'impétigo herpétiforme, l'urticaire bulleuse, la phlycténose récidivante des extrémités, les troubles trophiques de la peau, et en particulier la maladie de Morvan ; l'herpès et enfin divers pemphigus.

Duhring, à cause des squames qui succédaient aux lésions cutanées, et Zeisler à cause de la localisation exclusive et constante à la face interne des cuisses, repoussaient le diagnostic de M. Corlett, pour le malade qu'il présenta à la Société de Dermatologie de 1898. Pour appuyer son opinion, l'auteur de l'observation se

fondait sur les analogies nombreuses qui existaient entre ce cas, et un cas analogue présenté la même année par M. Brocq.

Cet avis fut partagé par MM. White et Stelwagon qui pensaient qu'il « nous faudrait étendre le cadre de la dermatite herpétiforme à des affections telles que celles-ci que l'on est peu disposé à y faire entrer maintenant. »

Quant à l'observation II présentée par MM. Gaucher et Claude, M. Brocq la range dans ses dermatites polymorphes douloureuses: « Il est évident, dit-il, que cette observation est dans son ensemble comparable à la nôtre. Il s'agit d'une personne éminemment nerveuse, qui à la suite d'émotions considérables, voit survenir une éruption bulleuse, prurigineuse, disséminée çà et là en divers points du corps; puis cette éruption se limite en certaines régions nettement circonscrites; s'y reproduit pendant de longs mois par poussées successives et finit par y déterminer un état quasi cicatriciel avec alopecie. Sauf quelques points de détail, ce fait est presque exactement superposable à celui que nous avons rapporté (1). »

Le troisième malade ne peut laisser subsister aucun doute sur la nature de son affection, et nous ajouterons que chez lui, nous trouvons les caractères types de notre forme localisée.

« C'est une éruption érythémateuse, vésiculeuse, d'autant de plus d'un an et demi, s'accompagnant de déman-

1. *Presse médicale*, 14 avril 1900, page 180.

geaisons parfois des plus vives, parfois assez modérées, se produisant par poussées presque incessantes, et se faisant toujours en des régions nettement circonscrites. »

« Il est évident que si l'on ne considère que la marche générale de l'affection, son début il y a un an et demi, son évolution par poussées incessantes, la nature érythémateuse, vésiculeuse et bulleuse des lésions cutanées, le prurit qui les accompagne, la conservation du bon état général du sujet, l'absence de toute lésion viscérale, on conclut à la dermatite herpétiforme. Mais il faut reconnaître que l'aspect en est vraiment insolite. La fixité des lésions en certaines zones circonscrites des téguments, zones qui ne sont pas les lieux d'élection des éruptions de la dermatite herpétiforme, leurs récurrences incessantes en ces points, tout comme le font certaines éruptions médicamenteuses, enfin la production de cicatrices avec alopécie et kystes épidermiques ; tout cet ensemble de phénomènes est parfaitement anormal dans la dermatite herpétiforme, et imprime à ce cas particulier un cachet tout spécial (1). »

Des observations IV et V nous ne dirons rien, car il suffit de les lire, pour que le diagnostic s'impose, et nous allons passer en revue les différentes affections que nous avons énumérées précédemment.

Avec l'érythème polymorphe, le diagnostic pourra être assez délicat, car entre « l'érythème polymorphe

1. *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 669.

typique et la dermatite polymorphe douloureuse, il existe une série de termes de passages, formant une chaîne ininterrompue. Il est bien évident, en effet, que les deux maladies se rapprochent d'abord par leurs récidives, par le prurit qui s'observe dans l'une et dans l'autre, par la combinaison d'érythèmes, de vésicules et de bulles, mais un certain nombre de caractères, permettent de les différencier.

Dans la dermatite herpétiforme, les poussées successives s'échelonnent sur une période plus prolongée, l'éruption est beaucoup plus polymorphe au cours de la même poussée, et l'on y voit une combinaison d'éléments érythémateux et bulleux. Du reste, les bulles y constituent le caractère dominant, tandis que nous avons vu que dans l'érythème polymorphe, les élevures infiltrées y jouent le principal rôle, et la bulle est accessoire et inconstante.

Dans la dermatite herpétiforme, l'éruption procède par foyers régionaux, pouvant affecter n'importe quelle partie du corps, et sans tendance à la symétrie. Enfin, le prurit, le furieux besoin de se gratter, constitue un symptôme tout à fait prédominant. Au contraire, dans l'érythème polymorphe, les poussées sont courtes, espacées, affectant les localisations habituelles de cette maladie, reproduisant assez constamment, pour le même malade, le même type éruptif qui est habituellement une élevure arrondie, infiltrée, violacée avec dépression centrale, et tendance à former des cocardes, fait tout à fait caractéristique de l'érythème polymorphe. Ajoutons que le prurit, quoique assez habituel, y est accessoire,

et tout au moins n'offre pas la violence qu'il a dans la dermatite herpétiforme (1). »

Après ce diagnostic si clair entre la forme généralisée de la dermatose de Duhring, et l'érythème polymorphe, nous n'aurons que peu de choses à ajouter. Cependant, pour MM. Hallopeau et Leredde, la localisation des lésions aux mains, serait un bon signe en faveur de l'érythème, pour d'autres au contraire, le visage, le cuir chevelu, la face dorsale des extrémités seraient les régions le plus fréquemment atteintes.

Or dans les observations VI et VII où existent plus particulièrement ces localisations, il n'y a eu au début aucuns symptômes généraux graves, ni fièvre, ni courbature, ni troubles gastro-intestinaux ; aucune complication viscérale n'est venue interrompre le cours normal de la maladie, et les phénomènes douloureux qui dans l'érythème polymorphe passent souvent inaperçus, ont pris ici une remarquable intensité. Les poussées duraient en moyenne trois mois, laissant un temps de répit sensiblement égal, et le début de l'affection remontait environ à trois ans. En outre, l'éruption était très polymorphe ; à côté des taches érythémateuses, se voyaient des bulles, des vésicules, des lésions différentes se coudoyant, enlevant à cette éruption l'uniformité si fréquente dans l'érythème.

De l'impétigo herpétiforme, nous ne dirons qu'un mot, cette affection survenant surtout chez les femmes enceintes ou en état de puerpéralité. Si l'éruption a

1. GENSOLLEN, *Annales de Dermatologie*, 1903, p. 127.

beaucoup d'analogies avec la maladie qui nous occupe, laissant souvent à la suite des traces sur la peau, elle en diffère cependant par cet aspect herpétique et pustuleux des lésions qui affectent une remarquable prédilection pour les plis articulaires. De plus, elle est surtout constituée par des plaques éruptives très larges à extension centrifuge, au centre desquelles la peau est souvent excoriée et suintante.

Chaque poussée s'accompagne de fièvre, de frisson, d'état général, mais le prurit n'existe pour ainsi dire pas. La mort qui en est la terminaison habituelle, survient quinze jours après le début de la maladie.

Dans notre dermatite rien d'analogue ; elle en diffère complètement, comme étiologie, comme localisations, comme allure générale et comme pronostic ; en outre l'albumine qui est la règle dans l'impétigo, est ici une exception.

Par sa tendance à se localiser aux pieds, aux mains et à la face, l'urticaire bulleuse pourrait être prise pour cette forme spéciale de la dermatite polymorphe que nous étudions.

Comme elle, en effet, l'éruption est constituée par des érythèmes, des vésicules, des bulles, et un violent prurit l'accompagne ou la précède. Mais le polymorphisme est beaucoup moins accentué, et les soulèvements bulleux et vésiculeux, se produisent toujours sur un élément urticarien préexistant. En outre, la facilité avec laquelle on peut la provoquer, la prédisposition héréditaire, l'influence saisonnière, enfin la durée ne dépassant guère quelques semaines, sont autant de

caractères distinctifs qui empêcheront de la confondre avec celle de la dermatose qui nous occupe.

Dans l'observation VIII, nous relatons l'histoire d'une matelassière qui, à la suite d'un léger traumatisme de la main, vit apparaître à cet endroit une série de lésions qui évoluent depuis plus de trois ans. La localisation de cette éruption, son aspect, son évolution, nous ont fait penser à la phlycténose des extrémités.

Ces deux affections ont en effet de grandes analogies puisque M. Carle voulait faire de cette dernière une forme de la dermatite polymorphe douloureuse, idée qui fut tout d'abord admise par M. Bodin, mais celui-ci ne tarda pas à la rejeter, pour admettre l'existence de deux maladies bien distinctes. Dans les deux, nous trouvons bien du prurit, mais chez notre malade, il est particulièrement violent ; l'éosinophilie presque constante dans la dermatite de Duhring est ici peu prononcée ; l'évolution excessivement lente, et la limitation exclusive et constante à la paume de la main, sont tous des caractères communs aux deux affections.

Nous avons cependant d'importantes distinctions à établir : dans l'une, en effet, le début est constant à la région péri-unguéale et simule celui d'un panaris sous-épidermique ; en outre, les troubles trophiques des ongles apparaissent toujours secondairement. Ici, rien d'analogue ; la paume de la main est seule intéressée, les lésions étant limitées inférieurement par l'articulation métacarpo-phalangienne, les doigts restant complètement indemnes.

L'évolution est aussi différente que le début. Dans la

phlycténose, tous les traitements peuvent être employés tour à tour ; peut-être y aura-t-il des alternatives d'amélioration ou d'aggravation, mais jamais de guérison complète, fût-elle même passagère ; dans la dermatite, au contraire, nous avons des périodes de guérison durant un mois et plus, pendant lesquelles on pourrait croire que la main n'a jamais été touchée.

Enfin les éruptions elles-mêmes sont loin de se ressembler. Dans la dermatite, nous avons des taches érythémato-papuleuses auxquelles succèdent des bulles, des vésicules surélevées au-dessus du plan de la peau, et qui, à la suite de grattages répétés, s'excorient laissant à leur place des croûtes, puis des placards rouges, recouverts de squames dures et sèches. Dans la phlycténose, ce sont de petits lacs purulents, non saillants, logés dans l'épaisseur même de l'épiderme qui s'enlève en larges plaques, laissant en-dessous une surface érosive et suintante mais jamais ulcérée.

Nous avons également sous les yeux un cultivateur atteint de phlycténose récidivante et dont M. le D^r E. Bordin a présenté l'observation à la Société de Dermatologie de septembre 1903.

Nous ne pouvons nous empêcher de mettre en parallèle cet homme qui, depuis plus de quatre ans, vit avec un pansement continuél autour de la main, ne pouvant s'occuper que d'ouvrages fort grossiers ne demandant aucune manœuvre délicate et cette matelassière, qui neuf jours après son entrée à l'hôpital, en ressortait complètement guérie, pouvant ainsi reprendre son travail, comme si jamais elle n'avait été malade.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la dermatite avec les troubles trophiques de la peau et en particulier la maladie de Morvan. En effet, dans ces affections, nous pouvons trouver des éruptions analogues, mais les phlyctènes éminemment superficielles se produisent sans douleur, à peine sont-elles accompagnées de quelques démangeaisons.

En outre, dans aucune de nos observations, nous n'avons trouvé de ces mutilations profondes si fréquentes dans le panaris analgésique ; et si nous avons quelques troubles nerveux concomitants, jamais nous ne les avons trouvés très intenses, et nous n'avons pu constater la dissociation syringomiélique.

M. E. Besnier pense qu'il y a lieu d'établir une distinction entre l'herpès vrai et les éruptions vésiculeuses d'origine nerveuse : « Plusieurs lésions nerveuses diverses, périphériques, intermédiaires ou centrales, peuvent produire directement des éruptions vésiculeuses, groupées et systématisées au point de simuler l'herpès et le zoster, mais elles en diffèrent en fait par leur caractère accidentel, leur pathogénie illimitée, leur durée indéterminée. » Si nous considérons la dermatite comme une affection d'origine nerveuse, il est bien évident que nous ne pouvons passer sous silence l'herpès récidivant de l'enfance, et à plus forte raison si nous remarquons les localisations au pourtour des lèvres et aux joues, comme chez nos petits malades des observations VI et VII.

En effet, par la ténacité et la fréquence vraiment désespérantes de l'éruption, par les phénomènes prurigineux

qui l'accompagnent toujours, par la fixité des localisations, enfin par la présence d'éléments érythémateux, vésiculeux ou même bulleux, nous sommes amené à comparer les deux affections.

Dans l'herpès, si l'éruption apparaît facilement, elle guérit de même, ne laissant après elle aucune trace apparente; en outre, elle survient souvent au cours d'une affection fébrile, d'un état général infectieux, à la suite d'une irritation locale et même elle est plus fréquente à certaines époques de l'année. Elle a donc une origine connue.

La fixité des localisations existe aussi bien dans la dermatite circonscrite que dans l'herpès, mais ici l'on ne voit jamais une éruption qui a d'abord envahi la face, se porter ensuite aux pieds comme dans l'observation VI. Dans les deux, nous avons bien la coexistence de symptômes subjectifs, mais dans l'une ce sont seulement quelques sensations de fourmillements, d'élanchements, de chaleur locale, le tout s'accompagnant de malaises légers; dans l'autre, ces phénomènes sont beaucoup plus accentués, le prurit étant le plus souvent remplacé par une douleur même assez vive.

Nous avons quelquefois de véritables phlyctènes dans l'herpès, mais nous remarquerons qu'elles ne sont jamais primitives. Au début, en effet, ce sont toujours de petites vésicules grosses comme une tête d'épingle, remplies de sérosité louche, et qui, par leur confluence, arrivent à former des bulles. Se ressentant de leur genèse, elles n'auront pas de contours arrondis, mais des bords polycycliques, festonnés, limités par une série

régulière de petites dents, représentant des demi-cercles sensiblement égaux.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans l'historique, les dermatologistes ne se sont pas encore mis d'accord sur la question des pemphigus. Nous croyons qu'il y en a un grand nombre à entrer dans le groupe de la dermatite polymorphe douloureuse; mais certains d'entre eux doivent cependant en être exclus : le pemphigus vulgaire aigu, une partie du pemphigus vulgaire chronique, et le pemphigus congénital à kystes épidermiques. C'est de ceux-ci que nous allons nous occuper maintenant.

Avec le pemphigus vulgaire aigu, la confusion sera difficile, car la durée, le peu de polymorphisme de l'éruption, l'absence presque complète de prurit et la gravité du pronostic sont autant de caractères qui nous mettront en garde.

Il n'en sera plus de même du pemphigus vulgaire chronique. M. le Dr Besnier dans sa deuxième édition française des leçons de Kaposi en donne une description magistrale : « C'est, dit-il, la maladie bulleuse par excellence, la plus funeste des grandes dermatoses malignes, débutant insidieusement, puis, avec ou sans rémissions ou accalmies, d'un pas égal ou inégal, marche à une terminaison qui est le plus souvent fatale. Objectivement, elle est caractérisée par des bulles de dimensions variables, plus souvent grandes que petites, médiocrement tendues, quelquefois flasques, contenant un liquide rapidement louche ou opalin, parfois hématoïdique. »

Comme nous le voyons, le début insidieux sans réaction prurigineuse, la rareté des accalmies, l'éruption presque exclusivement bulleuse, le pronostic presque toujours fatal, suffiront pour établir la distinction.

Dans l'observation III présentée par M. Brocq, nous avons relaté l'histoire d'un homme de 71 ans, qui, à la suite de la répétition des phénomènes éruptifs aux mêmes endroits, a vu se produire des cicatrices sur lesquelles se sont formés des kystes épidermiques.

Ce cas nous a fait songer au pemphigus congénital à kystes épidermiques. La congénitalité mise à part, nous trouvons également des bulles, leur circonscription à certaines régions du corps, toujours les mêmes, la présence de cicatrices et de kystes. Mais l'âge du malade est peu en faveur de cette dernière affection qui se produit surtout à la naissance ou dans les premières années de la vie ; la localisation des lésions affecte une remarquable prédilection pour la face dorsale des mains ou la plante des pieds ; le polymorphisme est peu accentué. Le prurit a atteint une intensité que l'on ne rencontre pas dans le pemphigus ; nous avons également une surface cicatricielle très nette, n'ayant pas subi ce processus d'abord superficiel, puis de plus en plus profond amenant une atrophie du derme. Enfin nous avons trouvé une hypoazoturie très accentuée, l'examen du liquide des bulles nous a également décelé la présence de nombreuses cellules éosinophiles. Ces deux dernières constatations sont encore en faveur de la dermatite herpétiforme.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons recueilli plusieurs observations de malades atteints d'une certaine dermatose se caractérisant comme il suit :

1) Polymorphisme des lésions avec prédominance des types érythémato-vésiculo-bulleux.

2) Localisation de ces lésions à des régions bien déterminées.

3) Phénomènes douloureux très nets et constants au moment de l'éruption.

4) Évolution par poussées successives.

5) Conservation du bon état général.

6) Existence fréquente de l'éosinophilie dans le sang.

II. — Ces observations que l'on ne peut rattacher ni à l'érythème polymorphe, ni à la phlycténose récidivante, ni à l'urticaire bulleuse, ni à l'herpès, ni au pemphigus, etc., présentent tous les caractères généraux assignés si magistralement par M. Brocq à la

dermatite polymorphe, chronique, douloureuse à poussées successives.

III. — A côté de cette dermatite polymorphe douloureuse classique, il faut donc admettre une variété de cette importante dermatose localisée à certaines régions.

Notre but est seulement ici de démontrer l'existence clinique de cette variété.

Vu : le Président de la thèse

GAUCHER

Vu le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

- AUDRY. — Sur la forme circonscrite de la dermatite herpétiforme du type Duhring. *Ann. de Dermatologie et de Syphil.*, 1900, page 544.
- BAZIN. — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, 1868, p. 194.
- BARBE. — Diagnostic et traitement des maladies de la peau, 1900.
- BESNIER. — 2^me édition française des leçons de Kaposi, tome I, p. 829.
- BROCQ. — Cas de dermatite herpétiforme à lésions systématisées avec production de cicatrices et de kystes épidermiques. *Annales de Dermat.*, 1898, page 667.
- BROCQ. — Des rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et les affections dites à l'heure actuelle pemphigus foliacé. *An. de Dermat.*, nov. et déc. 1892.
- BROCQ. — Sur les formes circonscrites dans la dermatite polymorphe douloureuse. *Presse médicale*, 14 avril 1900, page 180.
- BROCQ, JACQUET, BESNIER. — La Pratique Dermatologique, 1900, pages 523, 654, 655 et suiv.
- BROCQ. — Traité élémentaire de dermatologie pratique, page 177.
- BROCQ. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1888-1898.
- CARLE. — *Annales de Dermatologie*, 1904, page 355.

1. Nous n'avons pas fait ici une bibliographie complète de la dermatite de Duhring, mais seulement énuméré les principaux travaux dont la connaissance est nécessaire pour l'étude de la forme localisée.

- CAZENAVE. — Abrégé pratique des maladies de la peau, 1847, p. 205.
- CLAUDE. — Voir GAUCHER.
- CORLETT. — Éruption bulleuse prurigineuse circonscrite (*American Dermatological Association*), *Annales de Dermatologie*, 1899, page 579.
- CROCKER-RADCLIFFE. — *The British medical Journal*, 1886, p. 966.
- DARIER. — Sur un cas de dermatite herpétiforme. Éosinophilie, *Annales de Dermatologie*, 1896, page 843.
- DANLOS. — Maladie de Duhring. Éosinophilie. *Annales de Dermatologie*, 1897, page 288.
- DANLOS ET LEREDDE. — Dermatite herpétiforme aiguë consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium. *Annales de Dermatologie*, 1898, page 1006.
- DURAND. — *Annales de Dermatologie*, 1900.
- DUHRING. — Dermatitis herpetiformis. Mémoire lu à l'Association médicale américaine le 6 mai 1884, publié in *Journal of the American medical Association*, 30 août 1884.
- DUHRING. — Congrès international de Dermatologie, 1889.
- DUHRING. — *Philadelphia medical Times*, 1884.
- DUHRING. — Association dermatologique américaine, 1890.
- DUHRING. — Traité des maladies de la peau, 1883, p. 248.
- DOYON. — *Annales de Dermatologie*, 1889, page 837.
- ELLIOT G.-T. — *New-York medical Journal*, 23 avril 1887. Contribution à la pathogénie et à l'histologie de l'hydroa herpétiforme.
- FOX, TILBURY ET COLCOTT. — *Archives of Dermatology*, janv. 1880, page 16.
- FOURNIER ET WICKHAM. — *Annales de Dermatologie*, 1893.
- GILCHRIST. — *John Hopkins Hospital Reports*, vol. I.
- GIBERT. — Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, 1860, t. I, p. 212.
- GAUCHER. — Traité des maladies de la peau, 1895, page 539.
- GAUCHER-BARBE-CLAUDE. — Dermatite herpétiforme, étude microscopique et chimique. *S de Derm.*, 13 juin 1895.
- GAUCHER-BARBE. — Éruption pemphigoïde du cuir chevelu. Alopecie consécutive. *A. de D.*, 1896, page 65.
- GAUCHER-BARBE. — In Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert. Article : *Maladies de la peau*.
- GAUCHER ET CLAUDE. — Réflexions à propos d'un cas de dermatite herpétiforme sur la nature de cette affection... *A de D.*, 9 juillet 1896. p. 1059

- GENSOLLEN. — *Annales de Dermatologie*, 1903, page 127.
- HALLOPEAU. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1889, p. 563.
- HALLOPEAU ET JOUSSET. — Sur un nouveau cas de pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme. *A. de D. et de Sy.*, 12 mars 1896.
- HALLOPEAU ET LEREDDE. — *Traité pratique de Dermatologie*, 1900, page 722.
- HARDOUIN. — La composition de l'urine dans la dermatite polymorphe douloureuse. *Thèse de Paris*. 1901.
- HILLAIRET ET GAUCHER. — *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*.
- ITTMANN ET LEDERMANN. — *Arch. für Dermatologie und Syphilis* 1892, page 381.
- JACQUET. — Voir Brocq.
- AMIESON. — *Dermatitis herpetiformis. The British Journal of Derm.*, mars 1898, page 73.
- KAPOSI. — *Pathologie et traitement des maladies de la peau*.
- LEDERMANN. — Voir Ittmann.
- LEREDDE ET PERRIN. — *Anatomie pathologique de la dermatose de Duhring. An. de Derm. et de S.*, 1895.
- LEREDDE. — *Annales de Dermatologie*, 1899, page 711. *Presse médicale*, 28 déc. 1898, page 367.
- MILTON. — *Journal of cutaneous medicine*, 1869-1871. T. I, page 311.
- NEUMANN. — *Vierteljahresschrift für Derm. and. Syph. erstes Helf.*, 1875, page 14.
- *Maladies de la peau*, 3^e édition.
- PERRIN. — Voir Leredde.
- STELLWAGON ET WHITE. — *Annales de Dermatologie*, 1898.
- SOUMAIRE. — Contribution à l'étude de l'éosinophilie dans la maladie de Duhring et dans certaines autres dermatoses. *Thèse de Lyon*, 1900-1901.
- THILLIEZ. — De la dermatite herpétiforme de Duhring chez l'enfant *Thèse de Paris*, 1895.
- THIBIERGE. — *Ann. de Dermatologie*, 1899, page 79.
- *Thérapeutique des maladies de la peau*, 1895.
- TENNESON ET LYON. — *Annales de Dermatologie*. 1888.
- *Traité clinique de Dermatologie*, 1893.
- TOMMASOLI PIERLEONE. — *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, mars-juin 1895.

UNNA. — *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1889.

— Congrès international de Dermatologie, 1889.

VILENSKI. — De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring. *Thèse de Paris*, 1895.

ZEISLER. — *Annales de Dermatologie*, 1893.